

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Celibe/Nubile     Coniugato/a     Separato/a     Divorziato/a     Vedovo/a  
**Cod. Fisc. CONIUGE (obbligatorio)** \_\_\_\_\_ indicare fiscalmente a carico: SI  - NO

In base al Contratto Collettivo di Lavoro della Provincia di Mantova per gli operai agricoli e florovivaisti

**CHIEDE INTEGRAZIONE**

**INFORTUNIO**     I  C  R dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 **MALATTIA**     I  C  R dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Nr. Protocollo \_\_\_\_\_  
 **MATERNITA' Obbligatoria**  I  C  R dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Nr. Protocollo \_\_\_\_\_  
 **MATERNITA' Facoltativa**  I  C  R dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Nr. Protocollo \_\_\_\_\_  
 → I: Inizio - C: Continuazione - R: Ricaduta

**DICHIARA**

di aver prestato nel periodo per cui si chiede l'integrazione o di prestare la propria attività lavorativa presso  
 l'Azienda Agricola: \_\_\_\_\_  
 sita nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

con qualifica di:     Operaio a Tempo **Indeterminato**     Operaio a Tempo **Determinato**  
     Comune     Qualificato     Qualificato Super  
     Specializzato     Specializzato Super     Specializzato Super A

**MODALITA' DI INTEGRAZIONE**

Per accredito su Conto Corrente: **Codice IBAN:** \_\_\_\_\_  
**Banca/Posta** \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 → **è OBBLIGATORIO allegare: fotocopia della CARTA D'IDENTITA'**

IL RICHIEDENTE

Li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**E' obbligatorio allegare: - COPIA certificato medico oppure Numero Protocollo**  
**- COPIA della busta paga relativa al mese della malattia oppure ultima busta paga lavorata**

**Per gli OPERAI A TEMPO DETERMINATO (Avventizi) è obbligatorio allegare anche:**  
**- COPIA Liquidazione INPS - INAIL**

**N.B.** - la domanda deve essere compilata in ogni sua parte e completata dei documenti allegati richiesti  
 - la domanda può essere inviata tramite le OO.SS. o direttamente via Fax, Mail, Casella Postale indicati nella carta intestata  
 - la Cassa CIMI integra mensilmente: la domanda deve pervenire all'ufficio **entro il 25 del mese in corso di liquidazione**

*Riservato all'Ufficio*  
 Importo Liquidato €. ....  
 NOTE.....

*Spazio Riservato all'Ufficio C.I.M.I. Mantova*  
 Prot. N° .....  
 Arrivata il .....

Informazioni complete relative al trattamento dei dati personali, D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento Europeo (UE) 679/2016 (GDPR): [www.cimimantova.it](http://www.cimimantova.it)

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

affinché la CASSA C.I.M.I. ponga in essere le integrazioni al reddito sopra descritte, derivanti dal CCNL Agricoltura e CPL di Mantova, per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento, AUTORIZZO la stessa CIMI a richiedere e accedere presso l'INPS e INAIL, alla mia posizione e a tutti i miei dati riferiti ai periodi di malattia, maternità e infortunio.

LUOGO, \_\_\_\_\_